

VSV ACHTERHOEK OOST

ROKEN

protocol

Het meeste van de onderstaande informatie is afkomstig van stivoro en de V-MIS (Minimale Interventie Stoppen met roken voor verloskundigen). Voor uitgebreidere informatie kan men de V-MIS raadplegen.

Risico's roken voor de zwangerschap

- Verminderde vruchtbaarheid bij man en vrouw.
 - Zwangerschapskans neemt met 10-40% per cyclus af
 - Bij mannen minder en minder beweeglijke zaadcellen
 - Grotere kans op vasculaire impotentie⁽¹⁾

Risico's van roken tijdens de zwangerschap

- Gemiddeld lager geboortegewicht van 200 gr
- 20-30% meer kans op spontane miskraam
- 1,3 tot 1,5 keer grotere kans op EUG
- 2-3 keer meer kans op PPRM
- Premature partus 1,2 tot 1,6 meer risico.
(hierbij rekening houdend met iatrogene vroeggeboorte ten gevolge van andere risico's)
- Grotere kans op geboortegewicht van <2500 gram
- Kans op IUVD 40% verhoogd
- 1,4-2,4 keer verhoogd risico op abruptio placentae
- 2 keer verhoogde kans placenta previa.^(1,3,8,9)
- Mogelijk verhoogd risico op aangeboren afwijkingen, al zijn onderzoeken hier niet eenduidig over.
Mogelijke afwijkingen: schizis, klompvoet, diabetes, hartafwijkingen.^(1,2,3,4)
- Nicotine zorgt voor:
 - Vaatvernauwing in placenta
 - Infarcten placenta
 - Intake verslavende nicotine bij kind
- Koolmonoxide zorgt voor:
 - Minder zuurstof waardoor minder goede ontwikkeling weefsels
 - Mogelijk groeiachterstand
 - Slechtere conditie.⁽¹⁾

Meeroken

- Verdubbelde kans op wiegendood
- Prikkelende ogen en geïrriteerde slijmvliezen
- Middenoorontsteking

- Meer ziekenhuisopnames
 - Infecties van de lage luchtwegen
 - Astmatische klachten (20% meer kans)⁽²⁾
- Mogelijk een grotere kans op ontwikkelingsstoornissen⁽²⁾

Borstvoeding (mee)roken

- Nicotine wordt afgegeven in de moedermelk
 - Afname kwaliteit moedermelk
 - Afname van melkproductie (250 ml/dag)
 - Afname prolactine
 - Toeschietreflex verminderd
- Adviezen:
 - Niet of zo min mogelijk (mee)roken
 - Tenminste 2 uur voor de voeding niet.
 - Nooit (mee)roken tijdens het voeden.⁽¹⁾

De E-sigaret

Op dit moment is verder onderzoek naar de e-sigaret wenselijk. Uit dierproeven is bekend dat blootstelling aan nicotine in utero negatieve effecten geeft. De vergelijking met tabakhoudende producten is niet gemaakt. Er is echter geen veilige hoeveelheid nicotine aan te geven in de zwangerschap, om die reden wordt het gebruik van e-sigaretten of andere nicotine houdende producten afgeraden. Het kan verstandig zijn om ook naar het gebruik van e-sigaretten te vragen bij het afnemen van de anamnese.

De zorgverzekeraars en hulpmiddelen

- Nicotine vervangende middelen worden sinds 2012 niet meer vergoed
- Vergoedingen:
 - <https://www.rokeninfo.nl/publiek/vergoedingen>
 - Stoppen met roken zorg valt onder het eigen risico.
- Verdere hulpmiddelen:
 - Roken infolijn (0900-1995 10 ct p/m)
 - Stoppen met roken poli: <https://www.skbwinterswijk.nl/Pati%C3%ABnten-amp%3B-bezoekers/Poliklinieken-spreekuren/Rookstoppoli/291>
 - Programma rookvrije ouders; <https://www.rokeninfo.nl/publiek/programma-rookvrije-ouders>
- Brochures
 - 'Rookvrij zwanger? Dat bevalt beter!' (0.85 ct, korting bij grote oplage)
 - Wat je moet weten over roken en alcohol voor, tijdens en na de zwangerschap. (47,50 voor 50 stuks, korting bij grote oplage)
 - Handleiding rookvrij opvoeden kraamzorg (gratis)
 - www.trimbos.nl/webwinkel
 - www.rokeninfo.nl



V-MIS (Minimale Interventie Stoppen met roken voor verloskundigen)

Vanwege de risico's van roken tijdens de zwangerschap is het van belang dat de verloskundig zorgverlener minimaal 1 keer (tijdens eerste controle) een stoppen met roken advies geeft. Bij voorkeur vinden er meer interventies plaats dan alleen een eenmalig advies.⁽²⁾ De V-MIS kan hierbij een hulpmiddel zijn.

In de fertile fase rookt ongeveer 25% van de vrouwen (18-45 Jaar) (n=4.735)⁽⁵⁾

Het percentage zwangeren dat blijft roken in de zwangerschap is gedaald:

- 21% in 1996
- 13% in 2001
- 8% in 2007.

Laag opgeleide vrouwen roken 6 keer zo vaak. 19% laag opgeleid versus 3% hoog opgeleid. (2001 tot 2007)⁽¹⁾ In de gemiddelde normpraktijk rookt 8,5 zwangere.⁽⁶⁾ In de CBO richtlijn tabaksverslaving uit 2004 wordt gesproken over 35-50% rokende zwangeren.⁽⁹⁾

Bij zwangeren die nog roken, stopt met behulp van de V-MIS 19% na het eerste consult versus 7% zonder het gebruik van de V-MIS. Zes weken postpartum is 21% nog steeds gestopt ten opzichte van 12% in de controlegroep. Uit een meta-analyse uit 2011 komt naar voren dat het verschil in stoppen met roken maximaal 4% is als men de zwangeren die gecounseld zijn vergelijkt met zwangeren die niet gecounseld zijn. Onderzoekers vinden dit een klein maar wel klinisch relevant verschil.⁽⁷⁾

Voordelen van de V-MIS

1. De totale interventie kost weinig tijd
2. Stopadviezen doorkruisen consulten niet.
3. Stopadviezen kunnen afgestemd worden op kennis en houding van zwangere en partner
4. Er kunnen handvaten om te stoppen geboden worden om het stoppen zelf succesvol aan te pakken
5. Discussies worden vermeden omdat de methode is gebaseerd op zelfhulp
6. Weinig administratie
7. Adviezen zijn makkelijk af te stemmen met collega's⁽¹⁾

7 stappen⁽¹⁾

1. Roken bespreken en rookprofiel vaststellen

- Vaststellen of mevrouw (en partner) rookt en nagaan hoe gemotiveerd zij is om te stoppen. (tijdens het eerste consult)
- Het kan prettig werken om vooraf de rookstatus van de zwangere te weten, zodat er bijvoorbeeld meer tijd kan worden ingepland als de verloskundig zorgverlener het nodig acht.⁽⁶⁾ Dit kan door middel van een intake formulier of door het gebruik van de zwangerwijzer. (www.zwangerwijzer.nl)

2. Motivatie bepalen

- Zonder motivatie zal een stoppoging hoogstwaarschijnlijk mislukken. Probeer erachter te komen wat motiveert. Probeer niet teveel in te gaan op details en ga geen discussie aan. Probeer aan te sluiten op kennis van mevrouw en probeer informatie te geven die aanspreekt. Verwijs voor overige informatie naar brochures en websites. Zie hulpmiddelen/brochures. (tijdens eerste consult)
 - Sterk gemotiveerd: probeer de rookster te bevestigen in haar keuze
 - Redelijk gemotiveerd: bij deze kan men de nadruk leggen op directe voordelen van het stoppen met roken.
 - Niet gemotiveerd: men kan ingaan op de redenen om door te roken. Men kan kort op een of twee punten in gaan en verwijzen naar voorlichtingsmateriaal.

3. Barrières en sociale steun

- Van belang is om de te verwachten moeilijkheden vooraf te bespreken. Eventuele barrières kunnen worden besproken. Steun is belangrijk, van een partner, vriend, vriendin etc. Men kan adviseren om niet meer in het bijzijn van de zwangere te roken, maar buiten. Het bespreken van hulpmiddelen kan ook nu op z'n plaats zijn in plaats van te wachten tot stap 5. (tijdens eerste consult als de motivatie van mevrouw voldoende hoog is)

4. Stopafpraak

- Het afspreken van een stopdatum is de beste stimulans om daadwerkelijk te stoppen. Bij het minderen van het aantal sigaretten blijft de verleiding constant aanwezig. Laat de rookster bijvoorbeeld een dag binnen twee weken kiezen waarbij zij de minst moeilijke momenten verwacht. (als blijkt dat mevrouw voldoende is gemotiveerd om te stoppen tijdens het eerste of een later consult)
- Bij het niet kunnen of willen stoppen is minderen een alternatief.⁽²⁾

5. Hulpmiddelen bespreken

- Hulpmiddelen kunnen worden uitgedeeld na het eerste consult aan zwangeren die willen stoppen of al gestopt zijn met roken. Het vergroot de kans op succes.

6. Hulp na stopdatum (vervolgconsult)

- Voorkomen dat rookster terugvalt in het oude gedrag. Men kan in de volgende consulten informeren naar het rookgedrag van de vrouw. Men kan afspreken dat de rookster contact opneemt bij problemen. Men kan ook verwijzen naar stivoro (hulpmiddelen). Ook als de rookster niet is gestopt of nog bedenktijd nodig had na het laatste consult, dan is het belangrijk om op het rookgedrag terug te komen. Mogelijk kan ze alsnog gemotiveerd worden om te stoppen.

7. Voorkomen van terugval (8^e maand)

- Het is mogelijk om naar de brochure te verwijzen, naar het hoofdstuk rookvrij na de bevalling. Op de website is een testje te doen: “Blijf jij rookvrij, ook na je bevalling?” De nadelen van roken, voor de eigen gezondheid en die van baby, kunnen worden besproken.
- Het bespreken van het roken is een vast onderdeel van het intake gesprek door de kraamzorg. Ook dan en tijdens de kraamweek kan het een en ander besproken worden over roken en de veiligheid en gezondheid van de pasgeborene.
- Om terugval te voorkomen of beperken kan de JGZ worden ingelicht over de rookstatus van mevrouw.^(2,6) Dit is een onderdeel van de overdracht die plaatsvindt tussen de kraamzorg en het consultatiebureau.

Bij zwangeren waarbij eerdere poging(en) zijn mislukt, kan het zinvol zijn om nicotinevervangende middelen te gebruiken. Dit kan overwogen worden bij fors rokende vrouwen (meer dan 10 sigaretten per dag) wanneer er een negatief zwangerschap beloop is geweest ten gevolge van het roken. Meer onderzoek naar het gebruik van nicotinevervangende middelen in de zwangerschap is nodig. Van belang is om zwangeren erop te wijzen dat nicotinevervangende middelen in combinatie met roken meer risico geeft op een laag geboorte gewicht.⁽²⁾ Deze zorg vindt plaats bij de gynaecoloog.

Gezien het verhoogde risico op een partus prematurus verdient het de aanbeveling om bij vrouwen die roken en al eerder een premature partus hadden, twee maal in de zwangerschap een cervixmeting te verrichten door de gynaecoloog. Er is geen veilige grens als men kijkt naar het aantal sigaretten wat een vrouw per dag rookt. In een meta-analyse uit 2000 kwam naar voren dat er in alle groepen een verhoogde kans op vroeggeboorte bestond. Zowel bij zware, gemiddelde en matig rokende vrouwen. (> 15-20 sig per dag, 10-20 sig per dag en <10 sig per dag)⁽¹⁰⁾ De geschikte periode voor een cervixmeting is tussen de 14-17 weken en tussen 18-22 weken. Vrouwen die onder controle zijn bij de eerstelijns verloskundige, (dus een premature partus hadden na 33 weken) dienen bij voorkeur rond 14-15 weken en 21-22 weken een consult bij de gynaecoloog te krijgen. De SEO vindt dan volgens het normale protocol plaats. Bij een cervix korter dan 25mm vindt overname plaats. Aanwezigheid van funneling is een voorspellende waarde als het gaat om vroeggeboorte, Funneling is een onafhankelijke risicofactor binnen de groepen zwangeren met een verkorte cervix.⁽¹¹⁾ (Verdere informatie over cervixmeting ter preventie van vroeggeboorte is te vinden in het NVOG protocol preventie van recidief vroeggeboorte)

Gezien de verhoogde kans op intra-uteriene groeiretardatie/slechte placentafunctie dient een echo groei en flowmeting bij twijfel zeer laagdrempelig plaats te vinden bij de gynaecoloog bij 28 en 34 weken. Bij afwijkende bevindingen vindt overname plaats.

V-Mis handleiding bestellen:

<https://www.trimbos.nl/producten-en-diensten/webwinkel/product/?prod=sr0055>

Aanbevelingen

1. V-MIS afnemen bij iedere rokende zwangere gestart door degene die de eerste controle doet. Iedere zwangere krijgt voorlichtingsmateriaal mee.
Alle zwangeren die starten bij de gynaecoloog krijgen standaard drie controles bij de verloskundige, dit in het kader van het basiszorgpad van VSV Achterhoek Oost. Zij neemt dan de V-MIS af en zorgt ervoor dat de zwangere het juiste voorlichtingsmateriaal krijgt.
2. Indien gewenst kunnen vrouwen worden verwezen voor professionele stoppen met roken begeleiding (bijvoorbeeld stoppen met roken poli)
3. Groeiecho's bij 28 en 34 weken, dienen laagdrempelig overwogen te worden.
4. Bij vrouwen die roken en een eerdere negatieve zwangerschapsuitkomst hadden en geen succes hadden met stoppen, dienen nicotinevervangende middelen ter overweging worden genomen.
5. Vrouwen die roken en met een eerdere vroeggeboorte dienen een cervixmeting te krijgen bij 14-17 weken en bij 18-22 weken.
6. Tijdens het intake gesprek door de kraamzorg wordt het roken besproken.

Bijlagen:

- Bijlage 1 Interventiekaart V-MIS
- Bijlage 2 stroomdiagram V-MIS
- Bijlage 3 Farmacologische behandeling van tabaksverslaving

Bronnen:

1. Handleiding voor verloskundigen. De V-MIS Minimale Interventie Stoppen met roken voor Verloskundigen. Stivoro
2. CBO richtlijn behandeling van tabaksverslaving. Herziene richtlijn 2009.
3. Adrienne Einarson, Sara Riordan. Smoking in pregnancy and lactation: a review of risks and cessation strategies. Eur J Clin Pharmacol (2009) 65:325-330
4. Allan Hackshaw, Charles Rodeck and Sadie Boniface. Maternal smoking in pregnancy and birth defects: a systematic review based on 173 687 malformed cases and 11.7 million controls. Human Reproduction Update Vol 17, No 5 pp 589-604, 2011
5. Continu Onderzoek Rookgewoonten, uitgevoerd door TNS NIPO in opdracht van STIVORO, 2011
6. Handreiking KNOV/Stivoro. Beleid voor Begeleiding Stoppen met Roken in Verloskundigenpraktijken.
7. Fillon K, Abenhaim H, Mottillo S et al. The effect of smoking cessation counselling in pregnant women: a meta-analysis of randomised controlled trials, BJOG 2011;118:1422-1428
8. The US department of Health and Human Services: The health consequences of smoking-a report of the surgeon General, Rockville 2004.
http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2004/pdfs/chapter5.pdf
9. CBO richtlijn tabaksverslaving 2004
10. Nirav R Shah MD, MPH and Michael B. Bracken, Phd, MPH. A systematic review and meta-analysis of prospective studies on the association between maternal cigarette smoking and preterm delivery. Am J Obstet Gynec 2000;182:465-72
11. Preventie recidief spontane vroeggeboorte(versie 1.0) Richtlijn NVOG
12. Is There Evidence for Potential Harm of Electronic Cigarette Use in Pregnancy? Melissa A. Suter*, Joan Mastrobattista, Maïke Sachs, and Kjersti Aagaard

Bijlage 1 Interventiekaart V-MIS

Naam: Datum eerste consult:

STAP 1 Rookprofiel (vrouw en man)

Rookprofiel vrouw: sigaretten per dag Rookprofiel man: sigaretten per dag

Motivatie niveau:

- | | | | | |
|--------------------------|-----------------------------------|-----|-----|----|
| <input type="checkbox"/> | Wel eens gedacht over stoppen? | Nee | Nee | Ja |
| <input type="checkbox"/> | Zwangerschap reden om te stoppen? | Nee | 0 | 1 |
| | | Ja | 2 | 2 |

Score vrouw

- 0 (niet)
 1 (redelijk)
 2 (sterk)

Score man

- 0 (niet)
 1 (redelijk)
 2 (sterk)

STAP 2 Motivatie (alleen vrouw)

Score 2 Belangrijkste redenen om te stoppen
(sterk)

Score 0 of 1
(niet tot redelijk)

- Nadelen van roken en voordelen van stoppen besproken
 Stopadvies gegeven

STAP 3 Barrières en steun?

Lijkt het je moeilijk om te stoppen? ja nee

Welke moeilijkheden verwacht je als je stopt met roken?

- gewichtstoename stress
 vorige poging mislukt niet het goede moment
 sociale druk anders,

STAP 4 Stopafpraak

ja, datum: nee nog niet

STAP 5 Hulpmiddelen bespreken

- Zwangerschapsbrochure uitgereikt Flyer Advies op Maat uitgereikt
 www.stivoro.nl/zwangerschap genoemd

Zo ja, verwezen naar:

- Advies op Maat Persoonlijke begeleiding
 Stoppen-met-roken training Telefonische coach (advies van STIVORO)

Datum vervolconsult:

STAP 6 Hulp na de stopdatum

Na stopdatum gesproken over roken? ja nee
Heb je extra ondersteuning nodig bij het stoppen? ja nee

Consult in de 8e maand

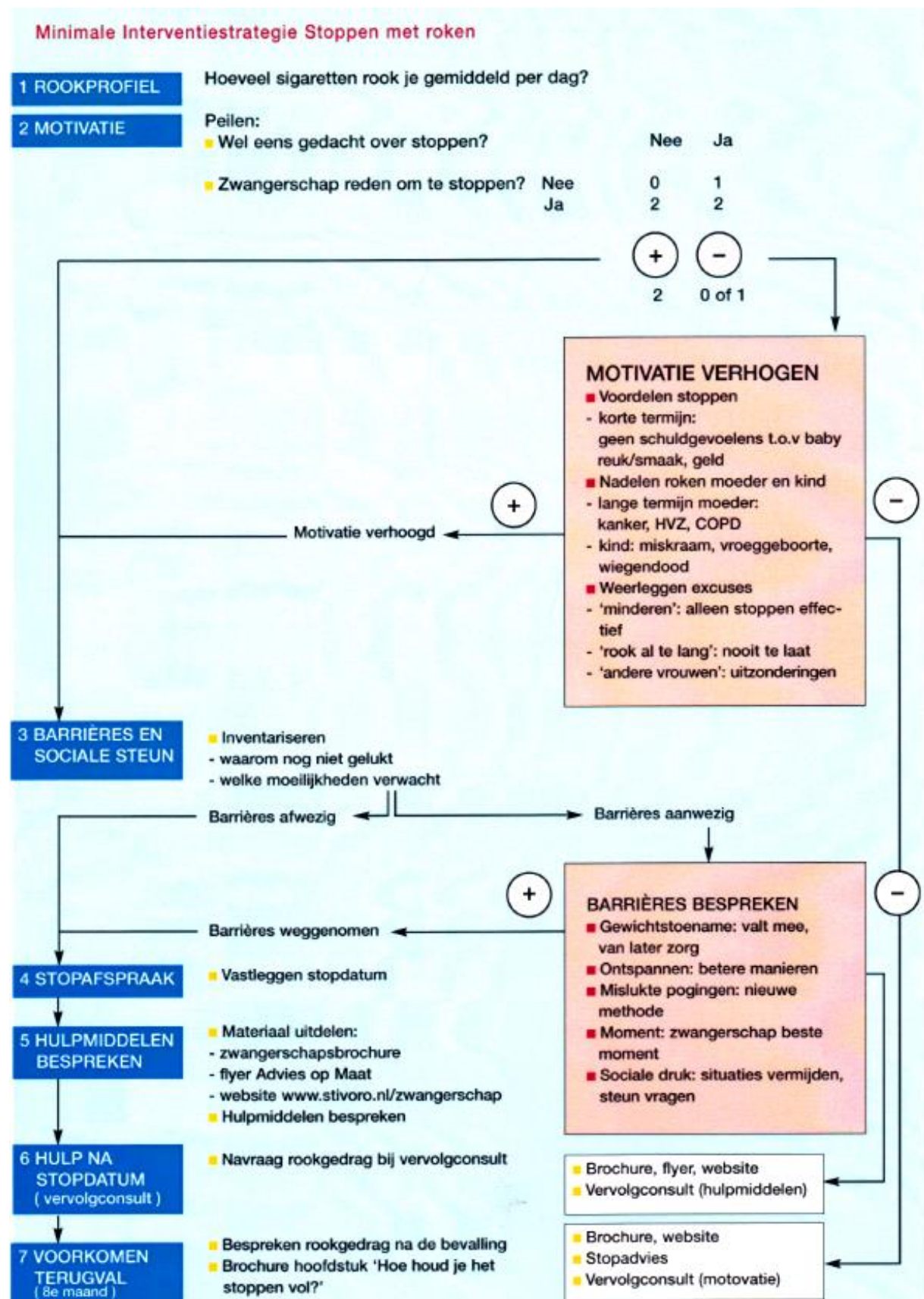
STAP 7 Terugval na de bevalling voorkomen

- Rookgedrag na de bevalling besproken Verwezen naar www.stivoro.nl/zwangerschap
 Verwezen naar brochure, hoofdstuk "Rookvrij na de bevalling" Vervolgafpraak op

Rookstatus na laatste consult: **VROUW** roker niet roker **MAN** roker niet roker

Datum laatste consult:

Bijlage 2 stroomdiagram V-MIS



Bijlage 3 Farmacologische behandeling van tabaksverslaving

(afkomstig uit CBO richtlijn behandeling tabaksverslaving)

DOSERINGEN EN CONTRA-INDICATIES VAN DE FARMACOLOGISCHE BEHANDELING VAN TABAKSVERSLAVING

(Bron:Farmacotherapeutisch Kompas, www.fk.cvz.nl)

1.1. Nicotinevervangers

Dosering: Vóór aanvang van de therapie dient het roken geheel te worden gestaakt. De start-dosering individueel bepalen op basis van de nicotineafhankelijkheid.

Inhalatie: Naar behoefte minimaal 6 eenheden en maximaal 12 eenheden per dag. Na de eerste periode van 3 maanden (volgens doseringsaanbevelingen) afbouwen gedurende 3 maanden met een reductie van 25% per maand. Totale behandelingsduur is maximaal 6 maanden.

Kauwgum: De kauwgum gebruiken indien men de behoefte voelt een sigaret te roken. *Volwassenen:* aanvankelijk 4 mg per keer, maximaal 28 mg per dag, gedurende 4-6 weken. Vervolgens afhankelijk van de respons overgaan op 2 mg per keer gedurende maximaal 1 jaar.

Pleister: Nicorette: 1 pleister 's morgens bij het ontwaken aanbrengen en 's avonds voor het slapen gaan verwijderen; aanvankelijk 1 pleister met 15 mg nicotine (30 cm²) per 16 uur, na 4-6 weken niet roken en bij voldoende effect overgaan op pleister 10 mg/16 uur (20 cm²); na 2-4 weken overgaan op pleister 5 mg/16 uur (10 cm²) gedurende 2-4 weken. Nicotinell: 1 pleister met gereguleerde afgifte per 24 uur; begindosering per dag 1 pleister met 35 mg nicotine (20 cm²) indien men hoogstens 20 sigaretten per dag rookte óf met 52,5 mg (30 cm²) bij meer dan 20 sigaretten per dag. Bij voldoende effect de dosering geleidelijk verminderen, met gebruik-making van behandelperioden van 3-4 weken. Maximale dosering 1 pleister van 30 cm² per dag. Maximale behandelingsduur met de pleister is 3 maanden. De pleister aanbrengen op een onbeschadigd huidgedeelte op de romp of de bovenarm of de heup. Een nieuwe pleister op een ander deel van de huid aanbrengen en pas na 3-5 dagen de oude plek weer gebruiken.

Sublinguaal tablet: Het tablet gebruiken indien men de behoefte voelt een sigaret te roken. Richtlijn: elke 1-2 uur 1 tablet, zware rokers 2 tabletten, onder de tong plaatsen; normale dosering 8-12 tabletten per dag, zware rokers 16-24 tabletten per dag; maximaal 30 tabletten per dag. Na 2-3 maanden de dosering geleidelijk verminderen.

Zuigtablet: Het tablet gebruiken indien men de behoefte voelt een sigaret te roken. Richtlijn: in het begin elke 1-2 uur een tablet opzuigen; normale dosering 8-12 tabletten per dag; maximaal 25 per dag. Na circa 3 maanden de dosering geleidelijk verminderen.

Contra-indicaties: Recent myocardinfarct. Instabiele of verslechterende angina pectoris, Prinzmetalangina. Ernstige cardiale aritmieën. Recent cerebrovasculair accident. Een orale of faryngeale ontsteking of actieve oesofagitis (kauwgum, sublinguale en zuigtablet). Huidaandoeningen die transdermale therapie compliceren. Overgevoeligheid voor menthol (inhalatievloeistof).

Zwangerschap/lactatie: Nicotine beïnvloedt de circulatie en ademhaling van de foetus. Het gevaar van blijven roken door een sterk nicotineafhankelijke zwangere vrouw kan echter een groter risico vormen voor de vrucht dan het gebruik van nicotinevervangende producten in een 'stoppen met roken'-programma onder begeleiding. Het gebruik van een nicotinevervanger dient bij een zwangere vrouw alleen te worden gestart op doktersadvies. Nicotine gaat over in de moedermelk. Geen borstvoeding geven indien wordt gerookt of een nicotinevervanger wordt gebruikt.

Bijwerkingen: De bijwerkingen zijn dosisafhankelijk en treden meestal gedurende de eerste weken van behandeling op. Een deel van de bijwerkingen kan worden verklaard als zijnde ontweningsverschijnselen (duizeligheid, hoofdpijn, slapeloosheid) en een deel door de wijze van toedienen (lokale bijwerkingen). Systemische effecten van nicotine kunnen zijn: stijging van

polsfrequentie en bloeddruk. Vaak (1-10%): maag-darmstoornissen, misselijkheid, pijnlijke mond of keel, droge mond, brandend gevoel in de mond, verstopte neus, hoesten, jeuk, hart-kloppingen. Soms (0,1-1%): nervositeit, prikkelbaarheid, tremor, dysforie, agressiviteit, angst, vermoeidheid, levendige dromen, verhoogde zweetproductie en speekselafscheiding, afteuze ulcera, erytheem. Zelden (0,01-0,1%): reversibel atriumfibrilleren, dyspneu, spierkrampen in de benen bij gebruik van de pleister, urticaria, angio-oedeem, infiltratie en huidreacties op andere plaatsen dan de plakplaats. Contactallergieën zijn beschreven. Bij gebruik van de kauwgum, sublinguale en zuigtablet kan in het begin hik optreden evenals een lichte vorm van dyspepsie of zuurbranden.

Interacties: Afhankelijk van de mate van roken geven nicotine en/of andere stoffen in de tabak een verandering van de biologische beschikbaarheid, verdeling of eliminatie van een aantal geneesmiddelen. Roken verhoogt de metabolische activiteit van CYP1A2. Ophouden met roken, al dan niet gevolgd door nicotinesubstitutietherapie, kan daardoor de individuele respons op gelijktijdig toegediende geneesmiddelen zoals theofylline, tacrine, clozapine en ropinirol veranderen en kan aanpassing van de dosering noodzakelijk maken. Opletten dient men vooral te zijn bij een veranderde insulinerespons. Aanpassing van de dosering van theofylline en pentazocine kan, door een afname van de metabolisatiesnelheid in de lever, zelfs maanden na het stoppen met roken nodig zijn. Zowel roken als nicotinesubstitutie kan circulerende serumcortisol- en catecholaminenconcentraties doen toenemen, waardoor dosisaanpassing van adrenerge agonisten of blokkeerders noodzakelijk kan zijn.

Waarschuwingen en voorzorgen: Voorzichtigheid is geboden bij ernstige hypertensie, feochromocytoom, stabiele angina pectoris, cerebrovasculaire insufficiëntie, occlusieve perifere arteriële aandoeningen, hartinsufficiëntie, hyperthyroïdie, diabetes mellitus, lever- of nierinsufficiëntie, peptische ulcera, chronische keelaandoeningen en astma. Bij ernstige of aanhoudende huidreactie de behandeling staken. Indien contactallergieën zijn opgetreden bij gebruik van transdermaal nicotine, kan een ernstige reactie ontstaan bij blootstelling aan nicotinebevattende producten of roken. Niet toepassen bij een leeftijd beneden 18 jaar, omdat bij deze leeftijdsgroep geen ervaring bestaat. De ervaring met pleisters boven een leeftijd van 65 jaar is beperkt. Voor een optimale behandeling is psychosociale begeleiding noodzakelijk. Deze begeleiding dient bij voorkeur nog enige tijd te worden voortgezet na beëindiging van de therapie. De therapie staken indien na een maand niet is gestopt met roken. Als de gebruiker van de pleister toch doorgaat met roken, kunnen de bijwerkingen frequenter optreden en uitgesprokener zijn. Ook bestaat er kans op een myocardinfarct.

Overdosering: Doseringen die door volwassen rokers getolereerd worden, kunnen bij kleine kinderen ernstige vergiftigingsverschijnselen veroorzaken en fataal zijn. *Symptomen bij kinderen:* opwinding, maag-darmklachten, bleekheid, zwakte, ontbrekende reflexen, spiertrekkingen in de extremiteiten. *Symptomen bij niet-rokende volwassenen:* bleekheid, zweten, speekselvloed, maag-darmklachten, hoofdpijn, duizeligheid, tremor, verwardheid, spierzwakte, convulsies, uitputting, ontbrekende reflexen en ademhalingsinsufficiëntie. Letale doses veroorzaken convulsies, en de dood treedt in ten gevolge van hartinsufficiëntie of (vaker) als gevolg van perifere of centrale respiratoire paralyse. De acute letale orale dosis bij niet-rokende volwassenen is 40-60 mg. Chronische rokers kunnen door gewenning zeer hoge doses verdragen.

1.2. Nortriptyline (niet geregistreerd voor stoppen met roken)

Dosering: De dosering dient individueel te worden ingesteld. Het verdient aanbeveling te beginnen met een zo laag mogelijke dosering teneinde de ernst van de bijwerkingen te minimaliseren. Iedere 2-3 dagen kan de dosering geleidelijk worden verhoogd. *Bij ouderen* geldt als richtlijn voor de begindosering: 1/3-1/2 van de dosering voor volwassenen. Begindosering 10-25 mg twee- à driemaal per dag of 50 mg eenmaal per dag; vervolgens geleidelijk verhogen tot 75-150 mg per dag.

Ouderen en adolescenten: begintdoserings 10 mg per dag en geleidelijk verhogen tot 100 mg per dag; daarna geleidelijk verlagen tot onderhoudsdosering 20-50 mg per dag.

Wegens mogelijke slaapstoornissen de laatste dosis niet later dan 's middags innemen. Voor de indicatie tabaksverslaving stelt de werkgroep een iets afwijkend doseringsschema voor: 1 dd 25 mg gedurende de eerste 3 dagen; 2 dd 25 mg voor de 4 daarop volgende dagen en dan vanaf dag 7, 3 dd 25 mg. Duur van de behandeling 7-12 weken.

Contra-indicaties: Herstelfase van een myocardinfarct. Terughoudendheid is geboden bij epilepsie, organische hersenbeschadiging, urineretentie, prostaathyperplasie, pylorusstenose, hart- en vaataandoeningen, hyperthyroïdie, lever- en nierfunctiestoornissen.

Zwangerschap/lactatie: Over het gebruik van deze stof tijdens zwangerschap bij de mens bestaan onvoldoende gegevens om de mogelijke schadelijkheid te beoordelen. Er zijn tot dusver geen aanwijzingen voor schadelijkheid bij dierproeven. Nortriptyline gaat over in de moedermelk.

Bijwerkingen: Anticholinerge effecten zoals droge mond, verminderde maag-darmmotiliteit, mydriasis, accommodatiestoornissen, urineretentie en tachycardie; orthostatische hypotensie; gewichtstoename; verhoging van leverenzymen. Soms: tremoren, convulsies; libido en potentiestoornissen; sufheid; cardiovasculaire afwijkingen zoals sinustachycardie en andere aritmieën; transpiratie, allergische huidreacties; verwarring, delirium, slapeloosheid; duizeligheid en hypertensie. Zelden: trombocytopenie, agranulocytose, cholestatie icterus en dysartrie.

Interacties: De werking van alcohol en andere centraal dempende stoffen kan worden versterkt evenals die van kinidine en andere membraanstabilerende antiarrhythmica, parasymphico-lytica en sympathicomimetica zoals epinefrine en norepinefrine. Het bloeddrukverlagend effect van centraal werkende antihypertensiva zoals clonidine kan afnemen. Enzyminducerende stoffen zoals barbituraten en carbamazepine kunnen de plasmaspiegels van tricyclische anti-depressiva verlagen. Cimetidine, antipsychotica en fluoxetine kunnen de plasmaconcentratie van tricyclische antidepressiva doen stijgen. De resorptie van verschillende geneesmiddelen wordt verminderd door vertraagde maaglediging en versterkte afbraak. In combinatie met MAO-remmers zijn ernstige intoxicaties (hyperpyretische en hypertensieve crises, ernstige convulsies en sterfgevallen) voorgekomen. Deze reactie kan tot 14 dagen na de laatste gift van een MAO-remmer optreden. Schildklierhormonen versterken de werking.

Waarschuwingen en voorzorgen: Het gebruik kan leiden tot verminderd reactie- en concentratievermogen. Vele dagelijkse bezigheden (bijvoorbeeld autorijden) kunnen daarvan hinder ondervinden. Toepassing wordt ontraden bij kinderen jonger dan 12 jaar. Voorzichtigheid is geboden bij ouderen vanwege verhoogde gevoeligheid voor de anticholinerge en cardio-vasculaire bijwerkingen. Vanwege een grotere kans op cariës is gebitscontrole aangewezen. Een onderliggende psychose of manie kan manifest worden of verergeren. Het verdient aanbeveling gedurende de behandeling het bloedbeeld te controleren, vooral bij optreden van keelpijn en koorts. Regelmatige controle van de bloeddruk is nodig. Ter voorkoming van suïcidepogingen is nauwkeurige observatie noodzakelijk, met name in de eerste week van de therapie, en dient de patiënt niet over grote hoeveelheden antidepressiva te kunnen beschikken. Een kuur mag niet plotseling worden gestaakt; de dosering moet geleidelijk worden verminderd. Dit middel kan door pupilverwijding de oogdruk verhogen en een aanval van acuut glaucoom veroorzaken.

Overdosering: Symptomen: Anticholinerge verschijnselen, koorts, ademhalingsdepressie, ernstige aritmieën, cardiale shock en coma.

Nicotinevervangers zijn de eerste keus, varenicline en bupropion (niet opgenomen in bovenstaande schema) zijn beiden gecontra-indiceerd tijdens zwangerschap en lactatie.